UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 33

LES

MODIFICATIONS DU PSYCHISME A LA MÉNOPAUSE CHIRURGICALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 décembre 1936

PAR

Hubert-Charles-Paul DEPOUTRE

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à DOUAI (Nord), le 6 mars 1910

Examinateurs de la Thèse :

MM. JEANNENEY, professeur ..... *Président.*

PERRENS, professeur .....

LOUBAT, agrégé..... *Juges.*

MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, place Saint-Christoly

—

1936

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 33

LES

MODIFICATIONS DU PSYCHISME A LA MÉNOPAUSE CHIRURGICALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 décembre 1936

PAR

Hubert-Charles-Paul DEPOUTRE

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à DOUAI (Nord), le 6 mars 1910

Examinateurs de la Thèse

MM. JEANNENEY, professeur ..... *Président.*

PERRENS, professeur .....

LOUBAT, agrégé..... *Juges.*

MASSÉ, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, place Saint-Christoly

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Physique médicale et pharmaceut que	WANGERMEZ
Médecine opératoire	PAPIN.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Pa tériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MA GRAND-MERE

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

A MA BELLE-MERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

Au Docteur Gabriel HIRTZ

Qu'il trouve ici nos remerciements pour ce qu'il a fait pour nous.

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef FERRET

Sous-Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales.
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE BORDEAUX
ET DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE

A Monsieur le Professeur Ch. PERRENS

Médecin-chef de la Maison de santé de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

En témoignage de reconnaissance pour
l'aide et les conseils qu'il nous a donnés.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNENEY

Chirurgien des Hôpitaux.
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le cancer,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

LES

MODIFICATIONS DU PSYCHISME

A LA MÉNOPAUSE CHIRURGICALE

INTRODUCTION

Trois états sont caractérisés par la suppression de la sécrétion des hormones ovariennes, ce sont : la ménopause naturelle, au cours de laquelle les ovaires subissent une sclérose progressive; la ménopause artificielle, par action des rayons roentgen ou du radium; enfin la ménopause artificielle chirurgicale.

Dans les trois cas on retrouve sensiblement les mêmes troubles dus au déséquilibre hormonal de l'organisme, troubles amenant fréquemment une modification marquée du psychisme.

Mais, tandis que dans les deux premiers cas l'organisme a le temps, le plus souvent, de s'adapter à son nouvel état, en raison de la diminution progressive de l'apport ovarien, la castration chirurgicale amènera en général un déséquilibre brutal qui se manifestera avec beaucoup plus de bruit.

Cependant, il est des cas où, malgré la castration chirurgicale, l'organisme semble garder son équilibre antérieur. On peut penser que, dans ces cas, les lésions qui ont nécessité l'opération avaient progressivement réduit à l'impuis-

sance les deux glandes sexuelles, provoquant en quelque sorte une ménopause spontanée prématurée.

Il nous a paru intéressant de reprendre ici l'étude des modifications du psychisme à la ménopause chirurgicale.

L'étude clinique de ces troubles a été l'objet de maints travaux, et nous ne prétendrons rien apporter de nouveau à ce sujet. Mais ce qui nous a paru beaucoup plus intéressant, c'est l'étude de la pathogénie des mêmes troubles, les progrès de l'endocrinologie permettant de mieux comprendre les rapports qui peuvent exister entre les modifications du psychisme et la suppression de la sécrétion ovarienne.

CHAPITRE PREMIER

CARACTÈRES PSYCHIQUES DE LA FEMME

Avant d'entreprendre l'étude des modifications du psychisme après la castration ovarienne, il nous a paru nécessaire et utile de résumer ici les caractères principaux du psychisme de la femme adulte.

Virchow a écrit : « Toutes les particularités du corps et de l'esprit de la femme, ou de sa nutrition et de ses fonctions nerveuses dépendent uniquement de l'ovaire ».

Jayle l'a d'ailleurs résumé dans son adage : « Tota mulier in ovario ».

Pour cette étude des particularités de l'esprit de la femme, nous emprunterons un plan qui nous a paru excellent et que nous avons trouvé dans la *Physiologie gynécologique* de Vignes.

A. — *Evolution psychique à la puberté.*

a) Individualisme. — A l'époque de la puberté, il y a un commencement de détachement du milieu familial, une tendance à l'autonomie, moins accentuée d'ailleurs que chez le garçon. La fillette a une faculté naturelle d'imagination très développée : « Elle est plus portée à la fabulation, à la mythomanie que le garçon. » (Chentrier.)

b) Emotivité. — Avec la menstruation, on constate fréquemment une suractivité de la glande thyroïde produisant de l'impressionnabilité et même un nervosisme très marqué

La fréquence de cette émotivité est si grande qu'on en a fait un véritable caractère sexuel secondaire.

Les jeunes filles ressentent tout très vivement.

« A cette excitabilité vient se joindre une certaine méfiance née de la perception de la faiblesse féminine, d'où une réserve dans l'attitude, qui est, elle aussi, en quelque sorte, un caractère sexuel secondaire. » (Vignes.)

c) Facteur sexuel. — « En rapport avec la perception obscure ou consciente de la sexualité, il se produit un état de conscience un peu complexe dont nous allons essayer de dissocier les fondements : la fillette a un instinctif besoin de séduire, de plaire, ou de se rendre intéressante, et ce, en tirant parti de tous ses attraits physiques et moraux, même s'il s'agit de singularité sans grand charme; d'autre part, elle devient coquette... La jeune fille a des trésors d'affectivité dont elle est facilement portée à faire des manifestations désordonnées. » (Vignes.)

d) L'épanouissement : « tout ce qu'il peut y avoir d'imparfait dans cette éclosion de la puberté va peu à peu s'affiner, l'être ingrat va cesser... », dit Vignes.

Mais, en même temps que ces changements psychologiques normaux, peuvent se développer un certain nombre d'états anormaux : démence précoce, psychoses diverses, dégénérescence mentale, mélancolie, délire religieux, hystérie et nymphomanie. Vignes croit même que cette hystérie si fréquente chez les adolescentes serait une exagération de certains caractères sexuels secondaires et en particulier de la suggestibilité et de l'émotivité.

B. — *Psychisme de la femme adulte.*

L'étude du psychisme de la femme adulte est beaucoup plus intéressante pour nous. C'est en effet chez elle que nous observerons des modifications, puisque c'est à cette époque de la vie que l'on pratique habituellement la castration ovarienne.

Faut-il mettre l'homme et la femme à deux pôles opposés ? A ce sujet, Heymans dit : « On attribue à l'homme la pensée, à la femme le sentiment; à lui la spontanéité et l'activité, à elle la réceptivité et la passivité; il y aurait chez l'un prépondérance de l'activité consciente, chez l'autre de l'activité inconsciente. Dans la plupart de ces affirmations peut être contenue une part de vérité, mais le langage dans lequel elles sont exprimées est le plus propre à causer des malentendus, car il semble signifier que ces caractères opposés ne se trouvent normalement que chez l'homme, ou que chez la femme. Ces thèses sont contredites par l'expérience, car d'abord il en est ici comme partout, toutes les différences réelles sont graduelles. Par suite, nulle part nous n'avons à décider entre le oui et le non, mais entre le plus et le moins. De plus, il n'est pas moins généralement vrai que les différences sont d'ordre statistique, elles ne valent pas pour un homme ou une femme, pris individuellement mais pour l'homme et la femme moyens. »

a) L'émotivité. — Mais d'abord qu'entend-on par émotivité ? Maurice de Fleury dit : « l'émotivité n'est autre chose qu'un degré plus ample du pouvoir de réactivité de notre organisme aux stimuli du monde extérieur. »

Certaines stimulations faibles donnent des réactions chez la femme alors qu'elles n'en donnent pas chez l'homme. Il est probable qu'ici intervient encore la glande thyroïde, que Léopold-Lévi appelle glande de l'émotion. Ce qui semble le prouver, c'est que fréquemment la menstruation s'accompagne de gonflement du corps thyroïde, et c'est à cette époque que l'on trouve la plus grande excitabilité. De même les émotions violentes, la colère. Le gonflement et l'hyperactivité thyroïdiens qui les accompagnent souvent peuvent même être si intenses qu'au lieu de n'avoir qu'un caractère passager, ils sont le point de départ d'une maladie de Basedow.

Le nombre des femmes très émotives est beaucoup plus grand que celui des hommes. Elles sont aussi en général plus

passionnées que les hommes, et l'absence de passion leur déplaît. « Les mouvements intenses de sentiments, dit Heymans, forment comme leur élément naturel, qu'elles délaissent en passant, mais qui, à la longue, manqueraient à leur santé comme l'eau au poisson, et dont elles ressentent péniblement l'absence prolongée comme un vide anormal. Aussi n'évitent-elles pas, mais recherchent-elles plutôt les excitations affectives, même celles qui viennent de l'alternative d'espoir et de crainte, pourvu que l'intensité et la durée de la tension ne dépassent pas certaines limites. »

Les troubles mentaux sont causés beaucoup plus souvent par des causes affectives chez les femmes que chez les hommes : d'après Pitres, les troubles d'origine émotive constitueraient chez la femme les trois quarts des troubles mentaux de toute espèce, et chez les hommes seulement le quart.

b) Conscient et inconscient. — D'après Vignes, chez la femme l'intensité de la conscience est plus élevée et le champ de la conscience plus étroit que chez l'homme, ce qui est un effet de l'affectivité féminine, les sentiments forts ayant toujours tendance à rétrécir le champ de la conscience.

D'autre part, l'inconscient exercerait sur le conscient une influence plus grande chez la femme que chez l'homme. C'est ainsi que le passé devenu inconscient influerait facilement et violemment sur la volonté féminine.

Le tact des femmes résulterait de la reviviscence aisée de nombreuses expériences anciennes. Heymans, à ce sujet, dit : « On a cru caractériser essentiellement la pensée féminine par rapport à la pensée masculine, justement comme une intuition qui résulterait d'une activité inconsciente, par opposition à la réflexion méthodique. »

Cette importance de l'inconscient serait liée, non pas à la féminité en soi, mais à l'émotivité; elle se retrouve chez les hommes émotifs.

c) Perception. — On a dit que la femme avait une plus grande rapidité de perception que l'homme.

En réalité, nous croyons, avec Vignes, que la femme perçoit mieux ce qui excite son intérêt, et moins bien ce qui lui est indifférent. Ceci d'ailleurs est en rapport avec son émotivité.

d) Intelligence. — Avec Binet, nous nous efforcerons de demeurer dans une objectivité impartiale, et nous croyons pouvoir affirmer qu'aucun des deux sexes ne présente de supériorité sur l'autre, mais que chacun offre un comportement intellectuel spécial, complément de celui de son congénère. « L'intelligence de la femme est plus précoce que celle de l'homme... l'intelligence de l'homme est plus positive. L'homme dépasse la femme par son activité créatrice, sa facilité de combiner, son esprit critique. »

Le génie serait l'apanage de l'homme, ou plutôt, soyons modestes, de certains hommes, d'ailleurs peu nombreux : « L'histoire enseigne que les génies, les grands inventeurs en science, en technique et en art se trouvent beaucoup plus parmi les hommes que parmi les femmes. Nulle femme ne s'est fait un grand nom dans la musique malgré que des myriades d'entre elles s'y soient adonnées. Les grands poètes, les grands sculpteurs, ont été des hommes; les prodiges mathématiques ont toujours été des hommes. » (Vignes.)

A tout cela, on peut objecter que, si les formes les plus hautes de l'intelligence s'observent chez les hommes, l'intelligence est peut-être moins bien répartie chez eux.

Du moins c'est ce que semblent prouver les statistiques universitaires de Heymans : d'après lui, il y aurait 90 p. 100 de femmes reçues aux examens contre 81 p. 100 chez les hommes.

Les filles sont plus régulièrement zélées et moins souvent paresseuses que les garçons. Elles manifestent un désir de réussir supérieur à celui des garçons.

Par la rapidité de conception, elles sont au moins les égales des hommes. La sécheresse de l'abstraction est antipathique aux femmes, parce qu'elle ne donne aucune satis-

faction à leur besoin affectif. « La dissociation leur déplaît. Les éléments d'un complexe gardent d'autant plus de cohésion dans la pensée féminine que dans la pensée masculine, parce que le tout constitué leur est préférable aux éléments analytiques. » (Heymans.) L'intelligence de la femme est, par contre, plus intuitive que celle de l'homme : « La femme découvre presque sans raisonnement. Elle se décide plus par sentiment que par principe. »

Lotze a dit : « Il n'y a peut-être rien que l'intelligence féminine ne puisse pénétrer, mais il y a beaucoup de choses à quoi les femmes n'apprennent jamais à s'intéresser. »

Cependant, d'après certains auteurs, cette intelligence intuitive serait supérieure à l'intelligence discursive. Elle fait que la femme s'adapte mieux à un nouveau milieu, qu'elle se surclasse plus facilement.

Au point de vue élocution, Heymans nous dit que « non seulement les enfants du sexe féminin apprennent plus vite à parler, non seulement au cours de leur vie les femmes parlent plus... mais elles trouvent plus aisément et plus heureusement les mots appropriés ».

e) Volonté et activité. — Vignes à ce sujet constate les caractères suivants :

1° *Indécisions.* — Par surabondance de motifs, les femmes n'arrivent pas facilement à se décider. Elles se décident par des raisons sentimentales plus souvent que par principes. Elles sont volontiers impulsives.

2° *Retard.* — Les femmes ne se comportent pas économiquement avec le temps. Elles sont souvent en retard.

3° *Ténacité et patience.* — Ayant moins d'énergie active, de force d'entreprise, d'initiative, la femme est plus tenace dans ce qu'elle entreprend.

4° *Suggestibilité.*

5° *Sens moral.* — Les femmes sont plus attachées aux traditions ancestrales et aux croyances, « mais il n'en est pas

moins vrai que les doctrines nouvelles, dans l'ordre social et politique, surtout celles qui s'opposent diamétralement aux anciennes, recrutent toujours parmi les femmes leurs partisans les plus nombreux et les plus ardents », nous dit Vignes.

***

Enfin les femmes se montrent plus altruistes et plus compatissantes que leurs congénères masculins.

En résumé, cette étude nous permet de constater que la femme est avant tout une émotive. Remarque très importante, car nous verrons la castration toucher avant tout cette émotivité au point de la rendre pénible. Nous verrons plus loin les relations qui existent entre cet état et l'hyperthyroïde postopératoire.

CHAPITRE II

LA CASTRATION OVARIENNE ET SES TROUBLES

GENERALITES

Pour que notre étude soit complète, il faudrait que nous envisagions la castration pratiquée avant la puberté et ensuite la castration chez l'adulte. Nous pourrions ainsi faire une comparaison très intéressante entre les troubles produits à ces deux périodes de la vie.

Mais on connaît mal les effets de l'ovariotomie chez les petites filles. C'est en effet une opération très rare, et lorsqu'on est obligé de la faire, c'est souvent pour des tumeurs malignes, l'évolution est rapide et la survie peu prolongée.

Dans certaines peuplades de l'Asie ou en Russie, on pratiquait la castration dans un but religieux, particulièrement dans certaines sectes, telle que la secte hindoue des Hedjeras. Nous trouvons dans Cotte quelques observations d'un auteur qui a eu l'occasion d'examiner des femmes hindoues âgées de 25 ans environ et qui avaient été castrées dans l'enfance. Voici ce qu'il constata : « Les femmes étaient souvent grandes, fortes, avaient une musculature masculine. Par contre, les seins faisaient défaut. Le système pileux était peu développé et il n'y avait de poils ni au pubis ni aux aisselles. Elles n'étaient pas réglées, les organes génitaux externes étaient atrophiés, les grandes lèvres flasques et désséchées, l'orifice vulvaire resserré; on constatait une tendance à l'embonpoint. » (Robert.) Mais l'auteur ne nous parle pas du psychisme de ces femmes.

Nous nous bornerons donc à l'étude de la castration de

la femme adulte : opération très fréquente à l'heure actuelle. Mais nous devrons être très prudent dans l'interprétation de nos résultats, car il faut tenir compte de la présence *d'ovaires accessoires* que l'on rencontre dans 4 p. 100 des cas.

Ces ovaires sont susceptibles de s'hypertrophier après castration et ainsi de suppléer aux sécrétions supprimées par l'ovariotomie.

Enfin, nous n'oublierons pas de noter que les modifications du psychisme sous l'influence de la castration chirurgicale doivent être interprétées avec prudence, étant donné le nombre de cas où la castration est pratiquée après une longue période de troubles ovariens, période au cours de laquelle l'organisme et le psychisme ont probablement commencé à subir une certaine adaptation.

Nous devrions de même éliminer les opérées qui ont reçu une greffe, mais nous verrons que celles-ci, quoique moins fréquemment touchées, reproduisent, dans 37 p. 100 des cas environ, les mêmes troubles que celles qui n'ont rien reçu; nous essayerons d'en expliquer la raison en temps voulu.

Pour l'étude clinique des troubles de la ménopause chirurgicale, nous nous proposons de traiter en premier lieu les troubles apportés à la physiologie et à la morphologie de l'organisme, partie sur laquelle nous ne nous étendrons pas. La seconde partie traitera les modifications du psychisme, sujet qui est le but de notre travail.

I. — TROUBLES APPORTES A LA PHYSIOLOGIE ET A LA MORPHOLOGIE DE L'ORGANISME PAR LA CASTRATION.

---

a) Action sur la menstruation.

Si l'extirpation des ovaires a été complète, les règles disparaîtront. S'il y a persistance de la menstruation, c'est qu'il y avait des ovaires surnuméraires, ou ablation incomplète, ou encore greffe ovarienne avec conservation de l'utérus, ou tout au moins d'une portion suffisante d'utérus. Cotte a recueilli quelques observations de grossesses après ovariotomie.

b) Modifications des caractères sexuels secondaires.

La voix parlée devient parfois masculine : « La femme, dit Cotte, se rapproche du type indifférencié, et c'est parce que le type indifférencié se rapproche du type féminin que la castration n'imprime pas aux caractères physiques de la femme des changements plus apparents. »

c) Action sur l'utérus et les seins.

Si l'utérus est conservé, il s'atrophie, les seins subissent aussi une involution : « Lorsque la castration est faite pendant l'allaitement, le lait augmente. »

d) Action sur le sens génital.

Pas de grands changements (paragraphe traité avec les modifications du psychisme).

e) Modifications du métabolisme général.

Il y a augmentation des réserves nutritives. Tendance à l'embonpoint. L'embonpoint surviendrait plutôt chez les femmes castrées au début de leur vie sexuelle, tandis que chez les autres on verrait plutôt apparaître l'hypertension artérielle. Nous avons noté une tendance à l'embonpoint chez 39 p. 100 de nos opérées.

Paillard fait remarquer que l'adipose va rarement de pair avec l'hypertension. Ceci s'expliquerait par le fait que, pendant la première moitié de la vie, les troubles humoraux ont une conséquence morphogénétique et trophique, il en est ainsi pour les troubles thyroïdiens, ovariens, testiculaires, hypophysaires, surrénaux. Les troubles endocriniens atteignent alors l'organisme jusqu'à la vie cellulaire; plus tard, cette vie cellulaire est moins apte à réagir, et l'action pathogène limite ses effets à l'étape inférieure, celle de la régulation neuro-musculaire de la vie végétative.

f) Action sur les glandes endocrines.

La première glande touchée est la thyroïde; M. le Professeur Jeanneney, dans une étude sur « l'hyperthyroïdie de la ménopause », parue dans la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (20 oct. 1932), déclare : « Les cliniciens ont noté depuis longtemps les relations qui existent entre l'ovaire et la thyroïde. Il semble que ces deux glandes soient liées par des réactions réciproques fréquentes, l'ovaire exerçant sur la thyroïde une action frénatrice et la thyroïde exerçant sur l'ovaire une action excitante. Ces troubles se présentent en clinique avec des caractères de gravité croissante, selon que l'on a affaire à de l'hyperthyroïdie, à un goitre basedowifié ou à un goitre exophtalmique...

» ... La ménopause opératoire, plus brutale que la naturelle, amène, outre le choc émotionnel, auquel le corps thyroïde est si sensible, une brusque suppression de la sécrétion ovarienne. La thyroïde y réagit souvent fortement. Tan-

tôt le syndrome est en quelque sorte latent, constitué par des signes d'instabilité thyroïdienne que viendra révéler un brusque événement qui seul aurait été insuffisant : émotion, fatigue intellectuelle, contrariété. Tantôt il y a nettement hyperthyroïdie, surtout lorsque l'opération a été faite vers la quarantaine, et surtout pour fibrome hémorragique. Cette hyperthyroïdie postopératoire est si banale que les chirurgiens ne se donnent même pas la peine d'en établir la fréquence, ce qui ne l'empêche pas de déterminer des troubles gênants, parfois rebelles à toute thérapeutique. Tantôt enfin, on observe dans les mois qui suivent l'ovariotomie du basedowisme ou même un goitre exophtalmique nettement caractérisé. »

Le Docteur Roger, dans sa thèse sur *L'étude particulière de la réaction thyroïdienne après la castration*, a fait une étude intéressante de la question ainsi que sur la pathogénie de ces troubles (Cf. Pathogénie.)

La thyroïde n'est pas la seule glande touchée après la castration; d'après certains auteurs, et en particulier Max Aron, Benoit, Kallas, Martins et Rocha, ce serait par l'intermédiaire de l'hypophyse que l'hyperthyroïdie apparaîtrait, la castration faisant naître au niveau de l'hypophyse une thyréo-stimuline qui, à son tour, agirait sur la thyroïde.

La surrénale serait, d'après Jayle, en état habituel d'insuffisance après la castration, avec des poussées fréquentes d'hypersurrénalisme.

Enfin les femmes castrées présenteraient de la glycosurie adrénalinique beaucoup plus fréquemment que les autres (Tsukakura).

g) Action sur le sympathique.

Pour Adler, l'ovaire est une organe sympathico-dépresseur, et sa suppression aboutirait à une hyperexcitabilité du sympathique. Pour Stalper, l'affaiblissement du tonus du vague réalisé par la castration ovarienne entraînerait par

déséquilibre vago-sympathique une sympathicotonie permanente.

Cette sympathicotonie ne serait-elle pas plutôt liée à l'hyperthyroïdie dont nous avons parlé. On sait en effet que la thyroïde a une action directe sur le sympathique.

h) Bouffées de chaleur.

Apparition de bouffées de chaleur, montant vers la tête avec congestion et rougeur du visage, parfois avec sueurs abondantes sur tout le corps; c'est la première et la plus fréquente des manifestations après ovariotomie.

Ces bouffées de chaleur durent quelques secondes à quelques minutes. Elles surviennent parfois par crises correspondant aux règles supprimées.

i) Hypertension artérielle.

Paillard a attiré l'attention de ce côté. Cotte trouve 36 cas sur 52 opérées. Mais il semble que l'influence de la castration est d'autant plus accusée à ce sujet que les malades avaient de l'hypertension auparavant.

j) Céphalées, prurit, algies étranges.

« Des douleurs osseuses attribuées à des troubles du métabolisme du calcium; des cellulites et des myo-cellulites intéressant en particulier les épaules, la nuque, le bassin, les cuisses, donnant parfois l'impression de pseudo-sciatiques; des arthralgies et des arthrites qu'on a groupées sous le nom de rhumatisme de la ménopause (épanchements articulaires, déformations) » (Prof. Papin.)

Nous avons noté la céphalée chez 26 malades sur 70, soit dans 35 p. 100 des cas environ.

k) Crises d'angoisse.

On note encore des crises d'angoisse, de strangulation périodique (Baudron), de palpitations, de tremblements, de

vertiges, des érythèmes cutanés. Ces différents troubles semblant être sous la dépendance de l'hyperthyroïdie.

l) Troubles fluxionnaires.

Enfin on note des troubles fluxionnaires, phénomènes congestifs pouvant survenir sur divers organes : poussées de bronchite, de congestion des seins; ou bien se manifestant par de petites hémorragies (Guéniot) : épistaxis, hémoptysies, hématémèse, flux hémorroïdaire.

II. — TROUBLES DU PSYCHISME

Après avoir exposé les statistiques de divers auteurs, nous diviserons cette partie de notre travail de la manière suivante :

A. *Troubles élémentaires :*

a) Modifications du caractère;
b) Perte de la mémoire;
c) Etat anxieux et émotivité;
d) Diminution de la volonté, de l'attention; modifications de l'activité;
e) Troubles sexuels.

B. *Syndromes mentaux :*

a) Confusion mentale;
b) Mélancolie;
c) Etats anxieux.

Après la castration, 70 p. 100 environ des opérées font, par la suite, des troubles psychiques allant des formes légères et fugaces aux formes les plus graves. Tous les auteurs sont à peu près d'accord sur ce chiffre de 70 p. 100.

Mais où ils ne le sont plus, c'est au sujet de la proportion des troubles légers par rapport aux troubles graves. C'est ainsi que M. le Professeur Jeanneney nous donne les chiffres de Villard, qui trouve que 50 p. 100 font des troubles légers et 25 p. 100 des troubles graves, et de de Fourmestraux, qui trouve les chiffres de 60 p. 100 pour les troubles légers et 10 p. 100 pour les troubles graves.

A côté de ces deux auteurs, nous avons Thomas Keit, qui

trouve aussi 10 p. 100 de troubles graves; et Hartmann et Segond, qui, eux, n'en trouvent que 1 à 2 p. 100.

D'après nos recherches personnelles, nous croyons que le chiffre de 10 p. 100 ne doit pas être dépassé.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons constater que, malgré les statistiques les plus pessimistes, les troubles graves sont heureusement les moins fréquents.

A. — *Troubles élémentaires.*

Sont très fréquents, aussi bien à la ménopause naturelle qu'à la ménopause opératoire. A la ménopause naturelle, les ovaires s'atrophient complètement et sont réduits à un amas de tissu fibreux. Ceci nous explique que ce dernier état puisse produire les mêmes troubles que la castration. Cependant, en général, celle-ci produira des troubles plus prononcés, car ici l'organisme n'a pas le temps de s'adapter à son nouvel état, excepté dans les cas où l'on aura pratiqué des greffes ovariennes.

a) Modifications du caractère.

Irritabilité et susceptibilité : « La malade ne supporte aucune contradiction, n'accepte aucune explication, interprète mal tout ce qu'on dit et est, en tout, d'une mauvaise foi insigne. » (Lévy-Valensi.)

Il faut ajouter aussi la mobilité du caractère, les malades passant en un instant de la gaieté à la tristesse la moins motivée. Elles se plaignent d'ailleurs de l'instabilité de leur caractère, de cette alternative de dépression et d'excitation; quelques-unes sont tristes, ont des idées noires, pleurent facilement. Fréquemment, ce sont des femmes qui ne tiennent pas en place, elles éprouvent le besoin impérieux de se déplacer, de voyager; d'autres sont dépensières ou d'une avarice notoire.

Souvent l'entourage se plaint de ce que la malade est

devenue insupportable, moins patiente, vive, acariâtre, emportée même, se fâchant pour des riens.

Laignel-Lavastine a très bien résumé dans la phrase suivante ces modifications du caractère (Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Dijon, 1908) : « Le caractère est toujours plus ou moins modifié. Les malades deviennent irritables, méchantes, impatientes. Le moindre mot les agace, les irrite, elles pleurent pour un rien, sont habituellement tristes et se rendent compte qu'elles sont insupportables pour ceux qui les entourent. Elles sont sujettes à des crises nerveuses provoquées par des causes insignifiantes. »

Une de nos malades nous dit : « Je ne peux plus rien supporter, je vois tout en noir. » Une autre : « Je ne suis pas gaie comme avant. » Une troisième est devenue « très irritable »; une quatrième, « égoïste »; certaines se plaignent même d'être devenues méchantes. La plupart se sentent plus tristes, neurasthéniques.

En résumé, on note : de l'irritabilité, de la susceptibilité, de la méchanceté, de l'instabilité du caractère, avec en général un fond triste, des idées noires.

b) Perte de la mémoire.

Combemale et Demaçon ont constaté que souvent la mémoire était atteinte, surtout la mémoire des faits nouveaux. « Les malades oublient en route le but de leur démarche. » (Laignel-Lavastine.) Ces troubles sont fort pénibles, ils apparaissent quelques semaines après l'intervention, et persistent quelquefois après que les bouffées de chaleur se sont atténuées.

C'est avec les bouffées de chaleur et les troubles du caractère un des signes les plus fréquents, faisant suite à l'ovariotomie. Une statistique de Jayle donne 33 cas d'amnésie sur 41 opérées.

c) Etat anxieux et émotivité.

Réduit au minimum, l'état anxieux se présente simplement sous la forme d'une hyperémotivité. C'est la forme la plus bénigne et la plus fréquente; nous le comprenons facilement en nous souvenant que la femme normale est déjà essentiellement une émotive; elle a donc une prédisposition habituelle à cela.

Cette simple hyperémotivité se traduira par une sensiblerie particulière, se manifestant par des crises de larmes à propos de rien; nous l'avons déjà vu à propos des modifications du caractère.

Plus importants sont les véritables états anxieux, que l'on rencontre parfois se manifestant par des obsessions ou par de simples caprices, « rappelant les envies de femmes enceintes » (Lévy-Valensi). Plus souvent, des doutes, des scrupules, des phobies, et plus spécialement la phobie du cancer (Chessebœuf).

D'autres fois, ce sont des impulsions : « dipsomanie, boulimie, coprolalie, impulsions au meurtre, au suicide, et, quoi qu'on en ait dit, kleptomanie » (Lévy-Valensi). Ces états rejoignent les grands syndromes mentaux, que nous étudierons dans un prochain chapitre.

d) Diminution de la volonté, de l'attention; modifications de l'activité.

La volonté, l'activité, l'attention, semblent souvent très touchées; les malades ne peuvent plus prendre de décisions, sont hésitantes. D'autre part, elles ne peuvent plus fixer leur attention, la lecture d'un livre leur est pénible. Elles ne peuvent plus s'appliquer à un travail qui demande quelque effort intellectuel. Leur force de résistance à la fatigue psychique est considérablement diminuée. Notons cependant qu'il n'y a pas fatalement diminution de l'activité après la castration : 12 de nos malades ont pu mener une vie beaucoup plus active depuis leur opération. 10 seulement n'avaient plus aucun goût au travail.

e) Troubles sexuels.

Il semble y avoir peu de modification du plaisir et du désir sexuel après la castration. Certains auteurs ont noté assez fréquemment une diminution du plaisir sexuel, et l'ont mise sur le compte de la disparition de la sécrétion ovarienne.

Nous ne le croyons pas, et avant d'apporter la preuve de l'indépendance entre la sexualité et la sécrétion des glandes génitales, nous allons exposer un résumé d'un travail de Violet fait à ce sujet : Pour Violet, il faut distinguer l'instinct sexuel et le plaisir sexuel :

1° L'instinct sexuel : à ceux qui considèrent l'instinct sexuel comme tenant tout entier dans les glandes génitales, il oppose tout ce que nous apprend la clinique médicale, c'est-à-dire que, lorsque la castration est faite après la puberté, après l'expérience ou l'éducation sexuelle, l'instinct disparaît rarement.

L'étude expérimentale chez les animaux nous montre que le développement des glandes génitales est sous la dépendance d'un centre trophique nerveux, et que les sécrétions hormonales n'agissent que par l'intermédiaire de ce centre; que la greffe ou la transplantation des gonades à la phase prépubertaire ne donne pas de résultats. Ces greffes ou transplantations n'en donnent qu'à la phase postpubertaire.

La castration chez un animal ayant déjà une expérience sexuelle ne suffit pas à empêcher certaines manifestations du rut; mais celui-ci n'est complet qu'après la plénitude du développement et des sécrétions des glandes génitales. Chez une chienne ayant mis bas, la castration n'empêche pas les manifestations du rut (Halban, Steinach).

Chez les grenouilles mâles, on voit, malgré la castration, se reproduire au printemps suivant, à l'approche du rut annuel, les mêmes modifications qu'auparavant.

D'autres expériences faites sur les grenouilles mâles ont montré que le grossissement des testicules et la présence des

spermatozoïdes ne suffit pas à déclencher le rut; il faut que le système nerveux de l'animal soit réceptif.

« L'instinct sexuel, dit Violet, est un besoin, une force intérieure, qui varie d'intensité suivant les individus; qui, chez l'animal, paraît lié à des influences saisonnières et cosmiques qui, chez lui, produisent le rut. En dehors de cette période, la femelle n'accepte pas le mâle.

» Dans l'espèce humaine, cet instinct sexuel, ce besoin sexuel, est davantage influençable par le psychisme (évocation, lecture, conversations), ou par des réflexes partis de différents points de l'organisme. »

2° Le plaisir sexuel est lié à l'acte de copulation; il a son siège dans les terminaisons nerveuses spéciales (vulve, vagin, clitoris), il est transmis par des filets nerveux (nerfs honteux internes), puis gagne la moelle et le cerveau. Il s'accompagne de phénomènes somatiques et psychiques, qu'on a bien étudiés, tant chez l'homme que chez l'animal : « Le plaisir sexuel peut manquer, dit Violet, c'est-à-dire que l'acte sexuel peut se dérouler sans plaisir, il y a des quantités de femmes frigides. C'est une question d'éducation génitale, qui peut manquer du fait de conditions anatomiques, de conditions fonctionnelles et de conditions psychiques. »

En résumé, nous voyons donc que le plaisir sexuel est une chose acquise, qui n'est pas obligatoirement développée chez une femme normale, mais ne paraît pas toujours dépendre de la présence ou de l'absence des ovaires.

L'instinct sexuel est une chose innée, en liaison probable avec les glandes génitales, qui n'a son complet épanouissement qu'après leur maturité, mais qui existe avant leur maturité (Freud), et qui subsiste à leur disparition.

La preuve de ces relations, qui existent entre la sexualité et le système nerveux indépendamment de la sécrétion des glandes génitales, nous est donnée par les procédés thérapeutiques suivants, employés par M. le Professeur Perrens :

1° Guérison des psychasthéniques frigides par une cautérisation du verumontanum; ceci suffit à provoquer la résurrec-

tion des images érotiques, en même temps que renaît la sensibilité sexuelle.

2° Guérison des excitées sexuelles par une ou plusieurs injections épidurales de novocaïne.

Dans ces deux cas, on laisse de côté les glandes génitales, on n'essaie pas de modifier leur sécrétion; et pourtant, dans le premier cas, il y a apparition de l'instinct sexuel, qui avait disparu; dans le deuxième cas, il y a disparition d'un instinct trop développé.

Une preuve nous a été encore donnée par une malade du Professeur Perrens, malade âgée de 80 ans, chez laquelle une tumeur cérébrale provoquait une excitation génitale intense.

« Toute notre affectivité, dont l'instinct sexuel n'est qu'une partie, a sa localisation dans les centres nerveux végétatifs situés à la base du cerveau. Cette activité fait partie de notre inconscient, mais, dans ses manifestations et dans sa localisation, elle est à placer à côté des centres qui règlent notre vie végétative... Le sens génital est à placer à côté de certains besoins innés : la soif, la faim, le besoin de sommeil, l'activité ou l'indolence, la réflectivité rapide ou lente, l'émotivité, la régulation des échanges de nos tissus. » (Violet.)

Il est donc permis de penser que la castration pourra ne pas modifier la sexualité.

La ménopause naturelle, qui a tant de points communs avec la ménopause chirurgicale, puisque, elle aussi, s'accompagne de la disparition des sécrétions ovariennes, ne voit pas forcément disparaître la sexualité; M. le Professeur Perrens nous a cité de nombreux cas de femmes ménopausées faisant de l'excitation génitale. Dans ces cas, il ne s'agit pas d'hypersécrétion de l'ovaire, mais de névroses, d'impulsions, venant des centres nerveux végétatifs (Voir obs. IX).

Cette conservation de la sexualité après la castration n'est pas une chose particulière à la femme, elle se constate aussi chez l'homme; voici ce que dit à ce sujet M. le Professeur

Perrens : « La frigidité est la règle après la castration quand celle-ci a lieu avant la puberté, tandis qu'elle n'est pas obligatoire après. On sait que les Romains distinguaient différents types de châtrés : *castrati* vrais, à qui manquaient les testicules et le pénis; *spadones*, dont les testicules seuls avaient été enlevés; *thlibiae*, qui avaient subi un écrasement des glandes; *thlasiae*, chez lesquels on avait pratiqué la section du cordon. C'est un fait connu que *spadones*, *thlibiae* et *thlasiae* pouvaient rester aptes au coït si l'opération avait été pratiquée après la puberté, qualité appréciée par maintes dames romaines *ad securas libidinationes*... Nous avons publié l'observation d'un jeune mystique de 27 ans, bien démonstrative à cet égard. Persuadé que ses désirs, ses rêves érotiques et ses pollutions étaient autant d'obstacles à son salut, il s'était tranché le pénis au ras du pubis, et du même coup le scrotum avec son contenu. Il n'en continua pas moins à être envahi de désirs, à avoir des rêves érotiques, suivis de pollutions voluptueuses, qui le mettaient au désespoir en lui montrant l'inutilité de son sacrifice. De ces faits, il serait imprudent de conclure que la castration est une assurance contre la frigidité. »

En effet, parfois la castration est suivie d'abolition du plaisir et du désir, et ceci pourra être mis, soit sur le compte de l'insuffisance ovarienne, comme les observations du Professeur Jeanneney (obs. VI) et du Docteur Gabriel Hirtz (obs. VII), semblent nettement le prouver, soit sur le compte de troubles trophiques survenant du côté de la vulve et du vagin. A ce sujet, Chessebeuf écrit : « La muqueuse devient friable, rouge, avec piqueté hémorragique, facilement enflammée et suintante. Il s'agit de vulvo-vaginite trophique. Parfois la muqueuse devient leucoplasique, pouvant aller jusqu'à un certain degré d'atrésie de la vulve... L'atrophie du col est signalée d'une façon quasi constante et rapide. »

Nos malades ne nous ont pas répondu d'une manière suffisamment précise à ce sujet pour que nous exposions une statistique personnelle; nous emprunterons celle de Jayle, qui,

sur 33 opérées, constata 21 cas où les désirs étaient augmentés, et 11 où ils étaient diminués.

L'augmentation fréquente du plaisir et du désir après l'opération s'explique par ce fait que la femme opérée ne ressent plus les douleurs (dyspareunie) liées aux salpingites et aux autres inflammations internes et péri-utérines pour laquelle on l'a opérée.

Enfin Lévy-Valensi déclare que l'exacerbation morbide de l'instinct génésique après l'ovariotomie ou au cours de la ménopause peut se traduire « par des phénomènes de compensation ou de sublimation dans tous les domaines : artistique, littéraire, social, mais avant tout dans le domaine religieux et le mysticisme, forme idéale de l'amour ».

B. — *Les syndromes mentaux.*

Moins fréquents que les troubles élémentaires, ces troubles graves ont une existence indéniable, qui a fait l'objet de nombreuses études depuis que l'ovariotomie est devenue une opération courante.

Dès 1865, on parle de ces troubles mentaux (Courty), on les a souvent exagérés; aussi, à la fin du siècle dernier, on a vu se dessiner un mouvement de réaction contre l'ovariotomie, mouvement débordant le cadre médical, puisque ce sont des Zola (dans *Fécondité*), Camille Pert (dans les *Floréfères*), qui en ont été les auteurs.

Thomas Keith prétend que 10 p. 100 des opérées font de l'aliénation mentale.

Hartmann et Segond, tout en faisant ressortir le rôle de la prédisposition dans la pathogénie de ces accidents, considèrent que leur fréquence ne dépasse pas 1 à 2 p. 100.

Villard, de Lyon, par contre, d'après ses observations personnelles, portant sur des malades suivies de longues années, conclut ainsi : « Sur 100 malades castrées, 25 seulement conservent un parfait équilibre moral, alors que 50 présentent des troubles psychiques d'intensité moyenne, très

variés, et que 25 constituent un groupe de grandes déséquilibrées. »

« Ces grandes déséquilibrées, ajoute-t-il, sont en général des prédisposées, auxquelles la castration a donné un coup de fouet. Ce sont de grandes hypocondriaques, aux idées fixes, parfois délirantes; certaines évoluent vers la folie, nécessitant l'internement, et même vers le suicide. »

A notre avis, il est difficile d'apporter une statistique précise, car il n'existe pas de cloisons étanches entre les troubles graves et les troubles élémentaires, certaines malades pouvant être classées indifféremment dans l'un ou l'autre chapitre. Lévy-Valensi, à propos des troubles de la ménopause, nous rapporte l'opinion de Ball par cette phrase : « La ménopause est une des causes les plus importantes de la folie chez la femme. Non seulement on voit l'aliénation mentale se développer avec toutes ses formes diverses à cette époque de la vie, mais encore il existe incontestablement chez la plupart des femmes parvenues à cet âge un caractère irascible, difficile et fantasque. » En plus, il ajoute : « La ménopause chirurgicale perturbe plus souvent le psychisme que la ménopause physiologique, l'organisme n'ayant pas eu le temps de s'adapter à des conditions nouvelles. »

Dans la plupart des cas, et tous les auteurs sont d'accord pour le reconnaître, les troubles mentaux de la ménopause chirurgicale ou spontanée apparaissent sur un terrain prédisposé. La séméiologie mentale de ces femmes est dominée par l'anxiété, « que celle-ci se manifeste dans sa pureté ou se dissimule sous un masque, ou encore qu'elle soit l'occasion d'interprétations exogènes ou endogènes, car, on ne saurait trop le répéter, les anxieux sont avant tout des interprétants pessimistes, mécontents d'eux-mêmes et des autres » (Lévy-Valensi).

Irritabilité, susceptibilité, psychasthénie, diminution de l'affectivité, idées de persécution, hypocondrie, mélancolie, tels sont les éléments mentaux que l'on retrouve dans les syndromes mentaux de nos malades.

Dans l'ensemble, ce sont des troubles de la série dépressive, comme si la castration avait déterminé une diminution de la vitalité (Vignes), une diminution du tonus cérébral (Cotte).

a) Confusion mentale.

« La confusion mentale, syndrome auto-toxique, peut, sous toutes ses formes, se rencontrer au cours de la ménopause; c'est peut-être même le seul syndrome mental légitimement ménopausique », nous dit Lévy-Valensi.

Par contre, Combemale et Demacon ne considèrent pas la confusion mentale comme un trouble lié à la disparition de l'hormone ovarienne; voici leur opinion à ce sujet : « Il nous semble que l'apparition de la confusion mentale, confirmée chez une ovariotomisée, permet d'affirmer que ce n'est pas la suppression de la fonction qu'il faille incriminer, et que, par conséquent, cette variété de troubles mentaux ne doit pas entrer dans le cadre nosologique des ovariotomisées. »

b) Mélancolie.

C'est elle que l'on doit s'attendre à rencontrer le plus souvent, d'après Combemale et Demacon.

Lévy-Valensi la rencontre aussi bien au cours de la ménopause chirurgicale qu'au cours de la ménopause naturelle : « Cette mélancolie d'involution, d'abord isolée par Kraepelin de la psychose maniaque dépressive, lui a été depuis, à mon sens, légitimement rattachée par le psychiatre allemand. » (Lévy-Valensi.)

Au point de vue clinique, cette mélancolie se caractérise par des idées hypocondriaques, par des hallucinations ou des interprétations génitales, avec délire de possession démoniaque. Cette crise de mélancolie peut alterner avec une crise maniaque.

c) Etats anxieux.

Nous avons vu, en étudiant les troubles élémentaires, la fréquence de l'anxiété. Ces troubles pourront s'aggraver et prendre le type de l'obsession, de l'impulsion, et surtout le type hypocondriaque.

On a noté l'impulsion au meurtre et au suicide; à ces états on peut rattacher les idées de persécution basées sur des interprétations, et en particulier des idées de jalousie.

L'hypocondrie est la plus importante parmi ces manifestations; elle est d'ailleurs souvent justifiée par une base organique légitime : bouffées de chaleur, vertiges, somnolence ou insomnie, céphalées, rachialgie, névralgies, et tous ces troubles que nous avons déjà notés.

Enfin, Jeudon a 7 observations d'opérées présentant un syndrome de Korsakoff, comparable à celui considéré aujourd'hui comme forme classique de l'auto-intoxication gravidique : « Comme si la suppression brutale chirurgicale de la fonction ovarienne réagissait sur l'état mental de la même façon que la suppression temporaire des règles au cours de la gestation, et qui s'observe d'ailleurs surtout chez les primipares, et qu'on retrouve plus particulièrement dans certaines folies puerpérales du post partum. » (Jeudon).

*
* *

En résumé, nous voyons que Combemale et Demacon ont raison de dire qu'il n'y a pas de psychoses caractéristiques de la castration.

Cependant, deux états semblent se retrouver avec une fréquence remarquable : ce sont les états dépressifs avec la mélancolie, et les états anxieux avec l'hypocondrie.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE DES TROUBLES PSYCHIQUES

De nombreuses théories ont essayé d'expliquer la pathogénie des différents troubles psychiques consécutifs à la castration ovarienne. Nous allons les étudier une à une, et nous insisterons sur celles qui nous paraîtront les plus séduisantes.

A. — *Rôle du traumatisme opératoire.*

Demacon, dans sa thèse, nous parle de l'Américain Gaillard Thomas, qui, vers 1889 déjà, se demande si c'est bien une action portant sur les ovaires qui est la cause de l'apparition de ces psychoses, et si les opérations gynécologiques engendrent vraiment plus de cas de folie que les autres interventions chirurgicales. A cette époque, tous les auteurs sont de cet avis, et Rayneau, dans un rapport, en 1898, concluait que l'ovariotomie n'entraîne pas plus de troubles que les autres interventions chirurgicales graves.

Certains auteurs ont remarqué que les troubles nerveux se produisaient après des opérations non mutilantes ou après des opérations partielles, ne portant que sur un seul ovaire.

Cette constatation prouve que le choc subi par le système nerveux dépend du traumatisme opératoire, et non de la castration elle-même. Delbet, à ce sujet, dit : « Si l'ablation d'un seul ovaire entraîne aussi souvent des troubles nerveux graves que l'ablation des deux, il en découle directement que ces troubles ne sont pas dus à la suppression de la sécrétion ovarienne. »

Le rôle du traumatisme opératoire est incontestable, mais il ne doit pas être exagéré. La preuve nous en est donnée par ce fait que les femmes castrées, mais greffées, font beaucoup plus rarement des troubles que celles qui n'ont pas reçu de greffes. Et pourtant, le traumatisme opératoire est le même dans les deux cas.

B. — *Rôle de l'autosuggestion postopératoire.*

Une autre théorie, qui a connu quelques défenseurs célèbres, comme Walthard et Vignes, admet que les troubles du caractère, la dépression postopératoire chez les ovariotomisées, sont dus à l'idée d'avoir été amputées d'un organe important : l'organe de la sexualité, avec, pour conséquence, la stérilité. Demacon note avec juste raison que cette théorie ne semble pas valable, car certaines femmes, qui n'avaient pas à se plaindre de leur stérilité, deviennent tristes tout de même. Enfin, quelques femmes étaient tristes sans savoir pourquoi.

C. — *Rôle de la suppression de la sécrétion ovarienne.*

En 1908, Laignel-Lavastine, au Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, disait à ce sujet : « Chez les ovariotomisées, à côté des psychoses contingentes survenant à l'occasion du traumatisme sur un terrain prédisposé, il faut admettre des troubles psychiques allant du trouble élémentaire : irritabilité, tristesse, apathie, amnésie, à la confusion mentale, et qui paraissent bien dépendre directement de l'insuffisance ovarienne, car, en plus des raisons cliniques de cette interprétation, le traitement par le corps jaune les améliore presque toujours et les guérit quelquefois. »

Mais cette insuffisance ovarienne agit-elle directement sur le psychisme, ou le fait-elle indirectement, en perturbant le milieu intérieur, voilà ce qui paraît plus probable. Nous

allons étudier successivement l'action de la suppression de la sécrétion ovarienne sur le sympathique et le parasympathique, puis son action sur les glandes endocrines, et nous verrons que c'est cette dernière qui semble jouer le principal rôle dans l'apparition de nos troubles.

a) Action de l'ovaire sur le sympathique et le parasympathique.

Demacon, dans sa thèse, nous dit : « Il semble que la genèse des modifications du psychisme des ovariotomisées dépende non pas d'une action directe sur le cortex cérébral du milieu intérieur modifié, mais bien indirectement par l'intermédiaire des systèmes sympathique et parasympathique, dont l'excitabilité est modifiée et l'équilibre rompu ».

Pour lui, ce serait l'hyperexcitabilité du parasympathique qui donnerait dans l'ovariotomie des modifications profondes dans l'état de l'humeur. Pour d'autres, ce serait au contraire le sympathique qui deviendrait hypertonique. Adler nous dit que l'ovaire est un organe sympathico-dépresseur, et sa suppression aboutirait à une hyperexcitabilité du sympathique.

Mais, d'autre part, Kreis a observé des cas d'aménorrhée avec vagotonie, et conclut que l'ovaire agit aussi bien sur le sympathique que sur le vague. De même, Crainicianu admet que la castration ovarienne amène un abaissement du tonus végétatif pour les deux systèmes, et que la sécrétion interne de l'ovaire maintient en équilibre le tonus du vague aussi bien que celui du sympathique. Pour Stalper, l'affaiblissement du tonus du vague, réalisé par l'insuffisance ovarienne ou la castration, entraînerait par déséquilibre vago-sympathique une sympathicotonie permanente. En 1844, Racibowski, dans son travail *De la puberté et de l'âge critique*, considère l'ovaire comme une sorte d'émonctoire du système sympathique : émonctoire supprimé à la ménopause; il crée le terme de pléthore nerveuse.

Mais cette sympathicotonie n'est-elle pas elle-même le plus

souvent la conséquence d'une hypersécrétion de la glande thyroïde ? Nous savons en effet que la thyroïde tient les rênes du système nerveux organo-végétatif. Voyons donc maintenant le rôle des glandes endocrines.

b) Ovaire et glandes endocrines.

Le Professeur Jeanneney dit, dans son rapport au Congrès de gynécologie de 1934 : « L'ovaire reçoit des autres glandes endocrines, en particulier de l'hypophyse, et plus accessoirement de la surrénale et de la thyroïde, des excitations hormonales (tantôt excitatrices, tantôt inhibitrices), auxquelles il répond par des actions du même genre, c'est-à-dire tantôt positives, tantôt négatives, soit sur l'utérus, soit sur les glandes mêmes qui ont déclenché le mouvement. »

Et plus loin : « La suppression de l'ovaire retentira donc sur l'ensemble du système endocrinien. »

La glande la plus touchée sera la thyroïde, et, à son sujet, le Professeur Jeanneney disait en 1932 : « La ménopause opératoire amène, outre le choc émotionnel auquel le corps thyroïde est si sensible, une brusque suppression de la sécrétion ovarienne. La thyroïde y réagit souvent fortement. Tantôt le syndrome est en quelque sorte latent, constitué par des signes d'instabilité thyroïdienne... tantôt il y a nettement hyperthyroïdie... Cette hyperhyroïdie postopératoire est si banale que les chirurgiens ne se donnent même pas la peine d'en établir la fréquence. »

Mais, lors de la castration, il ne se produit pas fatalement de l'hyperthyroïdie. Il peut y avoir, plus rarement il est vrai, des troubles d'*hypothyroïdie*. Cela dépendrait de l'état préalable de la glande (Jeanneney, Léopold-Lévi); les femmes préalablement nerveuses verront ajouter à leur hyperthyroïdie fondamentale une hyperthyroïdie de suppléance; tandis que, si la thyroïde était auparavant insuffisante, un myxœdème plus ou moins fruste pourra apparaître.

Le Docteur Roger a conclu dans le même sens dans sa thèse *Effets de la castration opératoire (étude particulière de la réaction thyroïdienne)*, Bordeaux, 1936.

D'après de nombreux auteurs, et nous l'avons déjà vu en étudiant l'influence de la castration sur la physiologie et la morphologie de l'organisme, ce serait par l'intermédiaire de l'hypophyse que la castration perturberait la thyroïde. Max Aron, Kallas, Martins, Rocha, Moore et Price, après de concluantes expérimentations sur des rats et des cobayes, disent que la castration libérerait une thyréo-stimuline préhypophysaire, normalement neutralisée par la folliculine, et qui irait provoquer une excitation de la glande thyroïde.

Quoi qu'il en soit, cette hyperthyroïdie si fréquemment constatée à la ménopause chirurgicale est très importante pour expliquer la présence de quelques-uns de nos troubles nerveux. Nous savons en effet que la thyroïde est la glande de l'émotion. Son hypersécrétion nous expliquera donc la fréquence de l'émotivité et du nervosisme. Léopold-Lévi, dans son livre : *Nervosisme et glandes endocrines*, écrit : « Ce que je désire surtout mettre en relief, c'est que le nervosisme, que détermine l'ablation des ovaires, fait intervenir, pour se produire, d'autres endocrines, en premier lieu la thyroïde. »

Le syndrome neurasthéniforme serait dû à une insuffisance surrénale, et les poussées d'hypersurrénalisme expliqueraient la méchanceté, l'agressivité, si souvent constatées, et qui alternent avec les états dépressifs.

Les parathyroïdes participeraient elles aussi à la production des troubles nerveux.

Nous allons maintenant essayer de démontrer le rôle de la sécrétion ovarienne, en exposant les faits que nous apportent l'opothérapie ovarienne et surtout les greffes :

1° *Renseignements apportés par l'opothérapie ovarienne.* — L'opothérapie semble ne pas donner tous les résultats que l'on attendait d'elle, soit en raison de la difficulté de remplacer exactement et suivant un cycle spécial et régulier les deux sécrétions ovariennes (folliculine, luthéine),

soit en raison des modifications apportées aux produits glandulaires pris par voie buccale par les sucs digestifs. Les produits injectés semblent par cela même avoir une action plus heureuse. Cependant, certains auteurs, et en particulier Jeanselme et Touraine, auraient obtenu de nombreuses guérisons par l'opothérapie par voie buccale. Touraine ajoute que cette action tend à démontrer l'origine ovarienne des troubles psychiques ainsi guéris.

Cependant, d'autres auteurs, avec Vincent du Laurier, auraient obtenu de meilleurs résultats avec les extraits orchitiques.

Nous voyons donc que l'opothérapie ne nous permet pas d'apprécier le rôle de l'ovaire dans la genèse des troubles de la ménopause chirurgicale.

2° *Renseignements apportés par les greffes ovariennes.* — Ils sont beaucoup plus intéressants.

Le Professeur Jeanneney, se basant sur une expérience personnelle dépassant 300 cas, a dit : « Dans la ménopause chirurgicale, la greffe assure une transition lente, et évite l'apparition des troubles. »

Pour obtenir des résultats avec les greffes, il faut une certaine technique : on emploie de préférence les greffes autoplastiques. Ensuite, le greffon devra être placé dans un endroit bien vascularisé, et où il pourra être facilement surveillé.

La technique le plus souvent utilisée est celle de Douay dans la grande lèvre : « Mon expérience personnelle, qui dépasse 300 greffes ovariennes, me donne la conviction que la greffe ovarienne pratiquée avec un fragment d'ovaire de l'opérée, ou même avec un fragment d'ovaire d'une autre femme, possède une incontestable valeur... Nous avons vu l'ablation du greffon être suivie de troubles sérieux chez des femmes qui jusque-là supportaient bien leur castration. » (Jeanneney.) (Obs. VIII.)

Parmi les 40 malades greffées que nous avons observées,

15 seulement faisaient des troubles, soit une proportion de 37 p. 100 environ. Tandis que les opérées non greffées faisaient des troubles dans une proportion de 70 p. 100 environ.

Tous ces faits nous paraissent suffisamment concluants pour démontrer le rôle de la suppression de la sécrétion ovarienne dans la genèse des troubles de la ménopause chirurgicale.

Cependant, on est en droit de se demander pourquoi il reste encore 37 p. 100 des femmes greffées qui font des troubles. Tout d'abord, il est probable que même avec une bonne technique une partie des greffons se résorbe rapidement pour une raison inconnue, et ne peuvent donc apporter ce que l'on attendait d'eux. D'autre part, nous savons que l'utérus et l'ovaire ont des liens beaucoup trop intimes pour qu'ils puissent être séparés sans danger. Aussi certains auteurs ont-ils recommandé de faire avec la greffe ovarienne une greffe utérine. Nous allons d'ailleurs voir dans le prochain chapitre le rôle important de l'utérus dans la genèse de ces troubles.

D. — *Rôle de la suppression de l'utérus.*

Pour certains, le rôle de l'utérus est de première importance, et la conservation de cet organe seul serait moins fréquemment suivie de troubles que la conservation des ovaires seuls.

Villard a dit : « Il existe une hormone utérine jouant un rôle important dans la genèse des troubles endocriniens postopératoires. »

Mayer et Cheval ont beaucoup étudié ce rôle de l'utérus, et, après une grosse expérimentation chez l'animal, chez lequel ils faisaient, après castration et hystérectomie, non seulement greffe d'un ovaire, mais greffe d'un morceau d'utérus, ils ont conclu que l'utérus était probablement un organe à sécrétion interne, exerçant une action lutéinisante sur l'ovaire.

Rudolph Marx arrive aux mêmes conclusions : « L'utérus est non seulement un organe de gestation, mais encore un important organe de régulation hormonale... Ascheim et Zondeck trouvèrent que les tumeurs modifiant la fonction normale de l'utérus, telles que les fibromes et les carcinomes, sont souvent accompagnées des mêmes troubles endocriniens que la castration et la ménopause. Ils observèrent dans un grand pourcentage de cas de ce genre un excès d'hormone provenant du lobe antérieur de l'hypophyse, chose que l'on constate aussi dans la ménopause. »

R. Marx ajoute : « Un grand nombre de gynécologues anglais, français, allemands, soutiennent aussi l'opinion que l'ablation de l'utérus est suivie en définitive par l'atrophie de l'ovaire, résultat de la suppression de la sécrétion normalement accomplie par le tissu glandulaire utérin. »

En somme : « La physiologie de l'ovaire et de l'utérus est intimement liée; physiologiquement, ces deux organes ne peuvent être séparés... Le fait paraît si vrai que certains auteurs, comme Max Cheval, L. Mayer, Dejardin et G. Mayer, d'une part, et Takakusu, d'autre part, associent greffe ovarienne et greffe utérine. » (Jeanneney.)

E. — *Rôle de l'infection.*

Jeudon, dans la *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale* de 1934, est catégorique à ce sujet : « Chez les femmes opérées en pleine vie génitale, la cause de beaucoup la plus fréquente est la castration chirurgicale pour infection grave des annexes. Pour ce qui concerne les psychoses d'origine ovarienne, l'agent le plus fréquent est le streptocoque. Dans presque toutes les psychoses constatées par nous, ovaires conservés ou extraits, on retrouve à l'origine de l'observation de la malade une infection streptococcique, alors que les lésions identiques d'origine gonococcique, par exemple, entraînent rarement la malade dans un service de psychiatrie..., et plus nous voyons de ces cas,

[illegible] nous semble prouvé que les psychoses sont plutôt d'origine pathologique que physiologique, c'est à dire qu'elles sont dues beaucoup plus à l'infection initiale qu'à la seule suppression fonctionnelle de l'ovaire. C'est surtout dans la terminaison de ces divers syndromes que nous trouvons la confirmation de l'opinion exprimée : à savoir que la plupart des mort-nés ou de fixation du syndrome se rapportent à des ovariotomies à chaud ou nécessitées par une infection intense tandis que les syndromes observés après ovariotomie à froid guérissent le plus souvent d'un pronostic favorable. »

Troisième point. — « Il nous semble que dans l'étiologie des psychoses consécutives à l'ablation chirurgicale des ovaires la suppression de la fonction ovarienne, condition essentielle, ne soit pas seule en cause, mais que la nature de l'infection initiale ayant entraîné cette ablation ne soit pas indifférente, que dans l'étiologie comme dans le pronostic il y ait lieu de faire la part de l'infection causale. Et que parmi ces infections en chirurgie comme en obstétrique, le streptocoque semble jouer un rôle particulièrement favorable au développement des psychoses et à l'aggravation de leur pronostic. »

V. — *Pathogénie des troubles sexuels.*

Enfin la pathogénie des troubles sexuels a été faite en même temps que l'étude de ces mêmes troubles, afin d'expliquer la raison pour laquelle ils n'apparaissent pas avec la fréquence des autres troubles. Nous ne reviendrons donc pas sur ce sujet.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Pour nos observations, nous avons envoyé un interrogatoire à 120 malades environ, que M. le Professeur Jeanneney a eu l'obligeance de mettre à notre disposition.

Elles étaient toutes en pleine vie génitale, c'est-à-dire âgées de 20 à 50 ans. Elles avaient subi, soit une hystérectomie totale, soit une hystérectomie subtotale.

Beaucoup étaient greffées, mais cette opération, loin de nuire à nos recherches, nous servit à démontrer la pathogénie des troubles observés.

Sur l'interrogatoire que nous avons envoyé à nos malades figuraient, en plus de nos questions, des questions que le Docteur Roger désirait poser en vue de sa thèse sur *L'étude particulière de la réaction thyroïdienne après la castration ovarienne*. Voici le questionnaire :

Depuis votre opération avez-vous :

Palpitations : ..... Battements de cœur : ..... Bouffées de chaleur : ..... Tremblements : ..... Maux de tête : .....

La chaleur influe-t-elle sur leur apparition ? ..... Etes-vous plus sensible à la chaleur ? ..... Transpirez-vous ?.....

Dormez-vous bien ? ..... Avez-vous des cauchemars ? ..... Avez-vous des sensations d'étouffement ? .....

Avez-vous grossi ? ..... Avez-vous des fringales ? .....

Etes-vous constipée ? .....

Etes-vous plus nerveuse ? ..... Plus émotive ? ..... Plus anxieuse ? ..... Plus ou moins active ? .....

Votre caractère a-t-il changé, et comment ? .....

Avez-vous plaisir et désir aux rapports sexuels ?.....

Résultats.

Sur les 120 malades auxquelles nous avons envoyé ces questionnaires, 70 seulement nous ont répondu.

Nous avons classé nos malades en deux groupes : celles qui présentaient des troubles : groupe A; celles qui n'ont sensiblement rien présenté : groupe B.

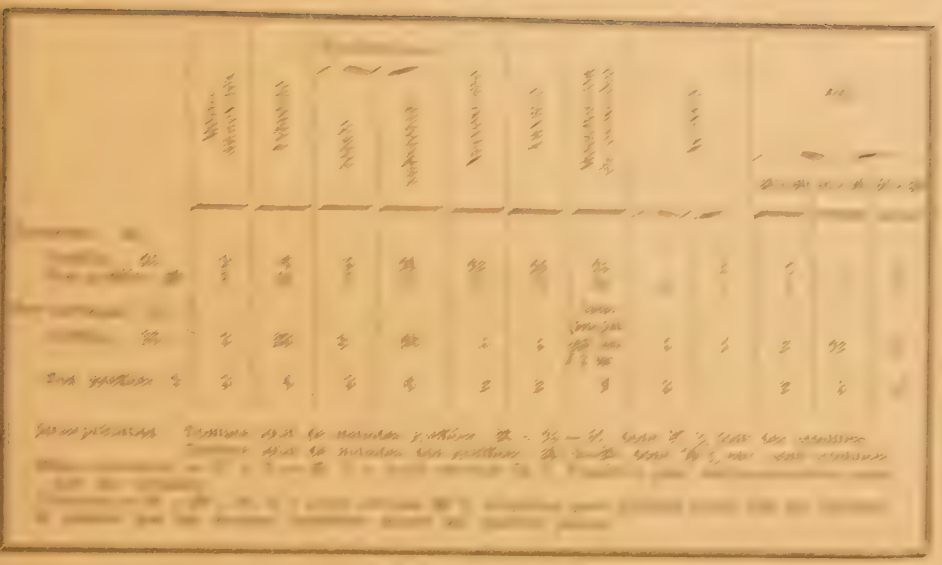
Les deux groupes sont, à peu près égaux, mais nous ne devons pas en conclure que 50 p. 100 des opérées font des troubles, car parmi elles se trouvent des femmes qui ont reçu une greffe. C'est ainsi que dans le groupe A nous trouvons 15 greffées contre 20 non greffées. Tandis que dans le deuxième groupe nous trouvons 26 greffées contre 9 non greffées. Nous pouvons donc dire que 37 p. 100 des femmes hystérectomisées et greffées font des troubles et que 68 p. 100 des femmes hystérectomisées, mais non greffées, sont troublées. Ceci est très important, d'abord au point de vue pathogénique, car il nous démontre le rôle de la suppression de la sécrétion ovarienne dans la genèse du déséquilibre de l'organisme après l'hystérectomie.

Ensuite au point de vue thérapeutique, nous montrant l'utilité de la greffe pour empêcher l'apparition de ce déséquilibre. Mais cependant on est en droit de se demander pourquoi il existe encore, malgré la greffe, 37 p. 100 d'opérées qui se plaignent de troubles divers.

1° Il est certain que toutes les greffes ne prennent pas. Il arrive assez souvent que l'ovaire greffé s'atrophie rapidement et devient incapable de lancer dans la circulation l'hormone utile à l'organisme.

2° La prédisposition aux troubles nerveux joue certainement un très grand rôle. Un grand nombre de ces opérées étant déjà classées avant leur opération parmi des femmes nerveuses, hyperthyroïdiennes, sympathicotoniques.

3° Joue encore un grand rôle l'autosuggestion postopératoire, la malade ayant tendance à rapporter à l'opération des troubles qui existaient auparavant, mais qu'elle n'avait pas remarqués.



Observation I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney.)

Mme T..., 45 ans, directrice d'école.
Opérée le 9 juillet 1928 pour fibrome.
Hystérectomie subtotale. Pas de greffe.

« *Depuis votre opération, êtes-vous devenue plus nerveuse ?*

— Ah ! oui, et combien ! Je désespère de guérir. J'éprouve comme une sorte de trépidation intérieure.

— *Etes-vous plus émotive, plus anxieuse ?*

— D'une sensibilité extrême, grande émotivité, exagérant les faits, anxieuse parfois.

— *Etes-vous plus ou moins active ?*

— Selon les jours, je suis molle, n'ayant pas de courage, et d'autres j'abats beaucoup de besogne.

— *Votre caractère a-t-il changé, et comment ?*

— Oui, il a changé; j'étais patiente, aimable pour tous. Je suis souvent impatiente, énervée, ne pouvant rien supporter. Je suis obligée parfois de réagir fortement pour rester dans le ton voulu. »

Observation II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney.)

Mlle N... (H.), 30 ans.
Opérée le 28 octobre 1935. Hystérectomie subtotale. Greffée.

« *Depuis votre opération, êtes-vous devenue plus nerveuse ?*

— Beaucoup plus. »
La malade est devenue plus émotive et plus anxieuse.

Son caractère. — « Je ne peux plus rien supporter, je vois tout en noir. »

Observation III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney.)

Mme L... (J.), 29 ans.

Métro-annexite. Opérée le 4 juillet 1928. Hystérectomie subtotale. Non greffée.

Le 27 novembre, bouffées de chaleur; on irradie la thyroïde : il y a disparition passagère des bouffées de chaleur.

Le 14 août 1929, retour des bouffées de chaleur.

Le 15 décembre 1930, toujours bouffées de chaleur. La malade devient très nerveuse.

Le 15 janvier 1932, malade nerveuse, fatiguée, ayant des migraines.

Observation IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney.)

Mme M... (B.), 43 ans.

Hystérectomie subtotale. Fibrome.

Depuis l'opération, changement de caractère, émotivité, nervosisme. A maigri de 2 kilos en deux mois.

Observation V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney.)

Mme B..., 40 ans.

Métro-annexite. Hystérectomie subtotale.

Opérée le 9 septembre 1924.

En janvier 1925, bouffées de chaleur, crises de nerfs, abolition du plaisir et du désir aux rapports sexuels.

En septembre 1925, on croit à un début de goitre exophtalmique. Un examen physiologique du Professeur agrégé Fabre donne un résultat négatif.

Lettre de la malade au Professeur Jeanneney, le 17 mars 1926 :

« ... Par période, je ressens de bien mauvais troubles, et à ces

moments je trouve la vie bien pénible et rends les autres malheureux. J'en suis au point que je ne puis supporter de contrariété... J'étais coquette, mais maintenant j'aurais honte de paraître telle que je suis. Mais à quoi bon, puisque tout me fatigue...

» ... Sans la santé, l'existence est trop monotone, souhaitons que je me rétablisse vite, et que j'aie au moins la satisfaction de voir des heureux autour de moi. De votre côté, cher Docteur, souvenez-vous que je porte bonheur, et que je vous en distribue une large part pour continuer à vivre dans la prospérité et dans la joie... »

Observation VI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney.)

Mlle B... (L.), 36 ans.

Réglée à 14 ans; depuis, bien réglée.

En 1931, on diagnostique à Orléans un kyste de l'ovaire. Le chirurgien l'opère, découvre un gros utérus, et referme, croyant la malade enceinte. Cependant, la réaction de Zondeck-Brouha est négative, et on s'aperçoit rapidement qu'il ne s'agit pas d'une grossesse.

En 1934, la malade vient consulter le Professeur Jeanneney. On diagnostique un gros fibrome, pris pour la grossesse.

Le 17 mars 1934, hystérectomie subtotale. On ne fait pas de greffe, car les ovaires sont en mauvais état.

Le 18 novembre 1934, on fait à la malade une greffe ovarienne prélevée sur un ovaire d'une jeune opérée.

Très bons résultats : le plaisir et le désir, qui avaient totalement disparu, réaparaissent normaux, parfois même exagérés; la malade devient euphorique et regrette la période où elle est restée sans greffe.

Observation VII.

(Due à l'obligeance du Docteur Gabriel Hirtz.)

Il s'agit d'une femme de 52 ans, opérée à 46 ans pour fibrome utérin et kyste d'un ovaire. Jusqu'à l'intervention, sexualité abso-

lument normale dans ses divers éléments : désirs, plaisirs, orgasme.

A partir de l'intervention, diminution progressive de tous les éléments de la sexualité. Désirs de plus en plus rares, puis absents totalement. Aucune déviation, ni vers l'homosexualité, ni vers la masturbation. Plaisir extrêmement rare, qui n'est obtenu, au cours de coïts normaux, qu'à l'aide de représentations psychiques de moins en moins efficaces.

Sous l'influence d'un traitement hémocrinothérapique, avec de fortes doses d'extraits d'ovaire, les désirs reparaissent spontanément (quoique beaucoup plus rares qu'avant la castration), et l'orgasme est obtenu sans aucune méditation au cours du coït.

Observation VIII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Jeanneney.)

Mme B..., 30 ans, cliente du Docteur Chassaigne, réglée à 14 ans, règles régulières, peu abondantes; durée : trois jours; non douloureuses.

A 25 ans, une grossesse à terme; bonne grossesse, bon accouchement d'une fille vivante et bien portante, lever au quinzième jour.

A 27 ans, une fausse couche de 2 mois 1/2; depuis cette époque, pertes blanches et jaunes, douleurs abdominales, douleurs aux rapports, fatigabilité et nervosisme.

A 29 ans, nouvelle fausse couche, qui ne fait qu'aggraver ces troubles.

Il s'agit d'une malade en assez bon état général, le facies un peu fatigué, un peu amaigrie, nerveuse, constipée, dormant mal, souffrant des reins et du bas-ventre à la fatigue et aux rapports, et, du fait de ces douleurs, pouvant à peine se livrer aux soins du ménage. L'examen permet de porter le diagnostic de métro-annexite avec pyosalpinx, rétroversion.

La malade est opérée, le 31 mars 1932, pour pyosalpinx avec rétroversion. A l'intervention, on trouve des ovaires polykystiques,

un utérus métritique rétroversé, un gros pyosalpinx gauche. Hystérectomie totale, suivie de greffe ovarienne gauche (grande lèvre, technique de Douay).

En avril 1933, la malade, revue, souffre de sa greffe (à la marche et aux rapports). Celle-ci est énorme, du volume d'un œuf de poule, son aspect rappelle celui d'une bartholinite; elle est rénitente, douloureuse au toucher. On hésite entre une ponction simple ou une exérèse, mais la malade, s'inquiétant de cette tumeur, on préfère l'ablation, celle-ci pratiquée sous anesthésie régionale. Le greffon tient aux tissus de la lèvre. C'est un kyste qui se rompt au cours de sa dissection. Suites bonnes.

L'examen histologique d'un fragment du kyste montre, dans une paroi en partie fibrosée, de nombreux follicules en évolution, et, au centre, une membrane kystique.

Suites. — En octobre 1933, apparaissent des bouffées de chaleur et de l'engraissement (1 kg. 300), du nervosisme et de la fatigabilité.

La malade, à qui nous avions adressé le questionnaire ci-contre, nous a répondu textuellement :

« A la suite de la première opération, j'aurais répondu : parfait partout.

» Absence de bouffées de chaleur. Pas de remèdes. Repris du poids (près de 5 kilos). Caractère plus calme et gai. Etat physique parfait. Etat génital : désirs plus fréquents et plaisirs plus vite et pareils à autrefois.

» Voilà exactement le résultat de ma première opération.

» A ajouter, pour ma deuxième opération : cessation complète de toute médication, n'ayant obtenu aucune amélioration, au contraire. Les souffrances que je fais ne peuvent durer, et je me prends à désespérer.

» Ah ! quelle différence et quel dommage que je n'aie pu conserver ma greffe, car, depuis que je ne l'ai plus, quels changements et que de souffrances ! »

Etat actuel : à l'heure actuelle, la malade se plaint de bouffées de chaleur, de palpitations, de lassitude, de nervosisme; les bouffées de chaleur sont surtout pénibles, le nervosisme et l'angoisse sont assez marqués.

Peut-on trouver un exemple plus éloquent du rôle de l'ovaire dans l'apparition des troubles ?

Observation IX.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Perrens.)

Nous publions cette observation avec beaucoup de réserves, car la malade est entrée à l'asile de Château-Picon avec très peu de renseignements sur ses antécédents, et son état actuel la met dans l'impossibilité de nous apporter la lumière sur son opération antérieure. Nous savons cependant, par sa cicatrice abdominale et par ce que nous avons pu tirer d'elle, qu'elle a subi une opération il y a environ trois ans parce que son ventre était devenu très gros, la malade ajoute qu'il y avait de l'eau dans ce qu'on lui a retiré; il s'agit donc très probablement d'un kyste de l'ovaire; il est difficile de se rendre compte si l'autre ovaire est toujours en place. Quoi qu'il en soit, la malade, depuis son entrée à l'asile, il y a six mois, n'a pas eu ses règles, ce qui prouve une insuffisance ovarienne attribuable, soit à la castration supposée, soit à la ménopause naturelle, puisque la malade est âgée de 50 ans.

Il s'agit de Mme Saint-A..., âgée de 50 ans.

Jusqu'à son opération, qui eut lieu il y a trois ans, la malade était, au dire de son mari, dans un état tout à fait normal à tous les points de vue. La sexualité ne semblait pas exagérée, et la malade, au contraire, ne demandait qu'à dormir à son coucher. Le 30 juin, on fait le certificat suivant :

« Atteinte de troubles mentaux caractérisés par des idées délirantes systématisées de persécution, croyance à une influence néfaste exercée sur elle par plusieurs personnes qu'elle nomme, modifiant sa volonté et gouvernant sa pensée.

» Agressivité avec intention de vengeance à l'égard de ses ennemis supposés. »

Le 22 octobre 1936, deuxième certificat : La malade accuse un individu de lui faire éprouver des sensations par transmission

de pensée. Les plaisirs apparaissent à tous les moments de la journée, aussi bien à la messe qu'ailleurs. Et le soir, dès qu'elle est couchée, l'individu vient la retrouver dans son lit. Elle raconte aussi que l'individu était toujours présent lorsqu'elle avait des rapports avec son mari. Elle en était très choquée, et elle a décidé de faire chambre à part, ce qui ne l'empêchait pas de continuer à éprouver des sensations complètes avec orgasme.

En résumé, il s'agit d'une excitation sexuelle chez une femme ménopausée. Excitation sexuelle qu'accompagnent des troubles mentaux caractérisés par des idées de persécution.

CONCLUSIONS

I. — La castration ovarienne provoque un déséquilibre de l'organisme qui retentira sur le psychisme.

On observe deux catégories de troubles psychiques :

a) Des troubles élémentaires, très fréquents et qui sont :

— perte de la mémoire;
— état anxieux et émotivité;
— diminution de la volonté et de l'activité.

b) Des troubles graves, beaucoup plus rares, qui sont surtout des états dépressifs avec tendance à la mélancolie, des états anxieux avec tendance à l'hypocondrie.

II. — Nos statistiques indiquent que 70 p. 100 des femmes castrées non greffées ont des modifications marquées du psychisme, allant de la simple émotivité jusqu'aux syndromes dépressifs graves, ceux-ci étant heureusement assez rares.

Les femmes ovariotomisées, mais greffées, ne voient apparaître les mêmes troubles que dans 37 p. 100 des cas.

III. — Dans la pathogénie de ces troubles, nous devons faire entrer :

a) Le rôle de la prédisposition, la plupart des opérés troublées étant préalablement classées comme des nerveuses, des hyperthyroïdiennes, des sympathicotoniques;

b) Le rôle du traumatisme opératoire, cependant insuffisant à lui seul pour expliquer la fréquence des troubles psychiques de la ménopause chirurgicale;

c) Le rôle de l'autosuggestion postopératoire, la malade ayant tendance à rapporter à l'opération des troubles qui existaient auparavant et qui n'avaient pas attiré son attention;

d) Le rôle de la suppression de la sécrétion ovarienne, prouvée par les résultats :

1° de l'opothérapie;

2° et surtout de la greffe : l'insuffisance ovarienne n'agirait pas directement sur les centres nerveux, elle le ferait par l'intermédiaire :

α. du système vago-sympathique;

β. et surtout par l'intermédiaire des endocrines :

— l'hyperthyroïdie expliquerait le nervosisme, l'émotivité, l'anxiété;

— l'hyposurrénalisme avec poussées d'hypersurrénalisme expliquerait les modifications du caractère avec tantôt état dépressif et idées noires et tantôt agressivité et méchanceté.

e) Rôle de la suppression de l'utérus : la présence de l'utérus ou d'une portion d'utérus paraît indispensable pour éviter l'apparition des troubles. L'ovaire, sans lui, subirait une atrophie rapide. D'autre part, il paraît exister une hormone utérine dont l'insuffisance jouerait un grand rôle dans l'apparition des troubles.

IV. — Quant à la sexualité, il nous est difficile de conclure après les observations contradictoires que nous avons étudiées.

Nous avons vu, en effet, que souvent la castration n'était pas suivie de l'abolition de la sexualité.

Cependant il est indéniable que l'on observe des cas où celle-ci semble être sous la dépendance de l'hormone ovarienne.

[illegible]

Le présent sera [illegible] de votre Excellence de vouloir bien [illegible] et de la prendre dans [illegible] de [illegible].

[illegible]

[illegible]

[illegible]

BIBLIOGRAPHIE

Aron (Max). — Histologie et physiologie de l'ovaire. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1934, p. 295-362.

Aschner. — L'état de la femme après extirpation de l'utérus. *Cent. f. Gyn.*, n° 31, août 1929.

Bencau, Champy, Keller. — Recherche sur l'action des hormones ovariennes. *Soc. de biol.*, 27 juin 1927.

Binet. — Etude clinique sur la puberté chez la femme. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1932, p. 109.

Chessebeuf. — Troubles de la castration. Thèse Paris, 1934.

Cheval. — *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1934.

Cheval et Meyer. — Recherches expérimentales et cliniques sur l'utilisation des greffes d'ovaire et d'utérus. *Bruxelles médical*, 24 sept. 1933.

Combemale et Demacon. — Sécrétion ovarienne et psychisme. Thèse Demacon, Lille, 1925.

Cotte. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Masson, édit., Paris, 1931.

Crainicianu. — *Presse médicale*, 28 janv. 1925.

Fourmestraux (De). — Traitement des troubles de la ménopause artificielle. VIII[e] Congrès de l'Assoc. des gyn. et obst. de langue franç., Paris, oct. 1933, p. 498.

Guyot — De la ménopause opératoire par les greffes ovariennes. Congrès de gyn., Paris, 1933.

Jayle. — L'insuffisance ovarienne. *Presse médicale*, 1900, p. 135.

Jeanneney (G.). — La menstruation et ses troubles. *Progrès médical*, 30 nov. 1925, n° 49, p. 1809.

— Hyperthyroïdie de la ménopause. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, janv. 1933, p. 10.

Jeanneney (G.). — Traitement chirurgical des insuffisances ovariennes. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mai 1934, p. 590.

— Sur un critère de vitalité des greffons ovariens. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 16 avril 1933.

Jeanselme et Touraine. — Troubles psychiques après la castration chez la femme. *Journ. de méd. de Paris*, août 1910, n° 33, p. 561.

Jeudon. — Psychopathies après ablation de l'ovaire chez la femme. *Rev. de path. et d'hyg. gén.*, sept. 1934, p. 1281.

Laroche (Guy) et L. Meurs-Blatter. — *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1934, p. 564.

Laurier (Du). — Traitement endocrinien des réactions psychiques après la castration ovarienne. *Année médicale*, avril 1928.

Léopold-Lévi. — Nouvelles études d'endocrinologie. Edition de l'*Esprit médical*.

— Nervosisme et glandes endocrines. Edition de l'*Esprit médical*.

— Opothérapie endocrinienne. Editions Paul-Martial.

— Action réciproque des ovaires et du corps thyroïde. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1934, p. 362.

Lévy-Valensi. — Etat mental de la ménopause. *Journ. méd. franç.*, mars 1928, p. 99.

Marañon. — Evolution de la sexualité. *Nouvelle Revue française* (éditorial), Paris, 1931.

Martinez. — Influence de la ménopause sur le psychisme. *Arch. de med., cir., y espec.*, 28 nov. 1931, n° 48, p. 1089.

Marx (R.). — Influence of hysterectomy on endocrine balance. *American Journal of Surgery*, 1935, april 28, 117-121.

Perrens. — Les manifestations sexuelles dans les états dépressifs. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, 1925, p. 191.

— De la frigidité accidentelle de l'homme, 1921.

— De l'excitation sexuelle et d'un mode de traitement par injections épidurales anesthésiques. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, mars 1927, n° 12-13, p. 20.

Paillard. — L'hypertension des femmes castrées. *Journ. méd. franç.*, août 1925.

Papin. — Dix-huit questions de gynécologie pratique. Editions Delmas.

Pende. — *Endocrinologia*, Milan, 1920.

Retterer. — Correspondance structurale et fonctionnelle entre les glandes génitales et le système nerveux. *Journal d'urologie*, 6 déc. 1928, n° 25, p. 193.

Roger. — Hyperthyroïdie chez la femme castrée. Thèse Bordeaux, 1936.

Serdjukoff. — Accidents de la castration chez la femme. *La Gynécologie*, 1930.

Tuffier et Maute. — Accidents de la ménopause chirurgicale. *Presse médicale*, 1912.

Vignes. — Physiologie gynécologique. Masson, édit., 1929.

— Troubles consécutifs à la castration ovarienne. *Rev. crit. de path. et de th.*, 1930.

Violet (H.). — Etude clinique de l'insuffisance ovarienne. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 1934, p. 426.

Zondek et Asheim. — Ovarihormone wachstum der genitalien, sexuelle frühreife. *Klin. Woch.*, 1927.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 9

CHAPITRE PREMIER. — **Caractères psychiques de la femme** 11

A. — Evolution psychique à la puberté 11

B. — Psychisme de la femme adulte 12

CHAPITRE II. — **La castration ovarienne et ses troubles** 19

Généralités 19

I. — *Troubles apportés à la physiologie et à la morphologie de l'organisme par la castration* 21

II. — *Troubles du psychisme* 26

A. — Troubles élémentaires 27

B. — Les syndromes mentaux 34

CHAPITRE III. — **Pathogénie des troubles psychiques** 39

A. — Rôle du traumatisme opératoire 39

B. — Rôle de l'autosuggestion postopératoire 40

C. — Rôle de la suppression de la sécrétion ovarienne. 40

D. — Rôle de la suppression de l'utérus 45

E. — Rôle de l'infection 46

F. — Pathogénie des troubles sexuels 47

CHAPITRE IV. — **Observations** 49

CONCLUSIONS 59

BIBLIOGRAPHIE 63

19.113. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.